UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 — N° 476

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Résultats fournis PAR l'Incision Périnéale ET LE CURETTAGE Dans la Prostatite tuberculeuse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1902

Par Louis DELTEIL

Ancien externe des Hôpitaux

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. AUDRY, *Président.* — PÉNIÈRES, SOULIE, CESTAN, *Assesseurs*

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE & SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1902

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546517_0003

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Résultats fournis

PAR

l'Incision Périnéale

ET LE CURETTAGE

Dans la Prostatite tuberculeuse

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 — N° 476

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Résultats fournis PAR l'Incision Périnéale ET LE CURETTAGE Dans la Prostatite tuberculeuse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1902

Par Louis DELTEIL

Ancien externe des Hôpitaux

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. AUDRY, *Président.* — PÉNIÈRES, SOULIE, CESTAN, *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE & SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✲, ✪ I.
Assesseur	FRÉBAULT, ✪ I

PROFESSEURS.

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✲, ✪ I. MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS.

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ
Physique	MARIE. ✪ A.
Chimie	ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✪ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE, ✲.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, O. ✲, ✪ I.
Cours élémentaire aux Sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N.
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

Faible témoignage
de ma profonde reconnaissance.

A MES PARENTS & AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUDRY

A MONSIEUR LE DOCTEUR THÉVENIN

Arrivé au terme de nos études médicales nous avons à cœur de remercier ici tous les maîtres dont nous avons suivi ici les excellentes leçons, tous ceux qui soit à la Faculté de Médecine, soit dans les services hospitaliers nous ont porté de l'intérêt ou témoigné quelque sympathie.

Qu'il nous soit permis à ce titre d'exprimer toute notre gratitude à MM. les professeurs Tapie, Guilhem, ainsi qu'à MM. les professeurs agrégés Cestan, Soulié et Rispal.

Que MM. les docteurs Dupin, chirurgien des hôpitaux, Daunic, médecin des hôpitaux dont nous avons été l'externe, reçoivent nos plus sincères remerciements pour leur bienveillance à notre égard.

M. le professeur Audry a été notre premier maître. Nous ne saurions jamais oublier le bienveillant accueil

qu'il nous fit à sa clinique pendant notre temps d'externat.

Après nous avoir donné le sujet de notre thèse, il a bien voulu nous faire aujourd'hui le grand honneur d'en accepter la présidence. Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre sincère et profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

L'histoire de la tuberculose de la prostate ne remonte guère au-delà du commencement du siècle dernier. Ce n'est pas à dire qu'elle ait été méconnue jusqu'à cette époque. Mais, parmi les auteurs, les uns ne traitaient que de la tuberculose génito-urinaire, les autres de la bacillose génitale, et cela à un point de vue général, ne voyant dans cette tuberculose de la prostate qu'une étape importante, mais secondaire d'une tuberculose localisée à tout un appareil.

A l'heure actuelle, si les perfectionnements apportés à l'exploration clinique et à l'examen histologique nous ont permis de saisir dans tous ses détails la nature de cette maladie, au point de vue thérapeutique, cette affection a également bénéficié des données nouvelles.

Assurément la chirurgie, dont elle est justiciable aux yeux de quelques-uns, est toute neuve encore

mais les résultats en sont extrêmement intéressants, et, disons-le, fort encourageants. Il peut, dès lors, nous être permis de soumettre à une critique rationnelle les interventions chirurgicales de ces dernières années et d'essayer de porter un jugement fondé sur les résultats obtenus.

En parcourant la littérature de la tuberculose génitale de ces derniers temps, nous avons rencontré un nombre relativement considérable de communications concernant le traitement de la tuberculose prostatique, de descriptions d'opérations, avec le compte rendu de leurs résultats : amélioration ou guérison.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant, avec ces documents de dresser une statistique qui, non seulement indiquerait les résultats de ces interventions, mais encore nous permettrait de les comparer entre eux.

Nos quinze premières observations ont déjà été publiées. La dernière seule est inédite et due à l'obligeance de M. Florence, interne.

HISTORIQUE

Etait-ce l'impuissance où ils se trouvaient de ne pouvoir déterminer la véritable origine de certaines suppurations pelviennes, était-ce la crainte d'opérer dans une région d'autant plus dangereuse qu'elle était plus vasculaire, les anciens auteurs se tenaient dans une prudente réserve et leur règle était l'expectation aidée de moyens dits médicaux, toniques, repos, bonne nourriture, etc.

Bayle (*Journal de Corvisart Leroux et Boyer*, t. VI, germinal an IX, 1808), James Wilson (*Lectures on the structures and physiology of the male urinary and genital organs*, Lect., XII), Louis (*Recherches sur la phthisie*, 1825-1847) vers le commencement du siècle dernier sont les premiers auteurs qui étudient la question, mais ils ont le tort d'affirmer que la tuberculose génito-urinaire a toujours comme point de départ un foyer

tuberculeux pulmonaire plus ou moins ancien. Une semblable assertion était trop importante pour ne pas influencer énormément la discussion du pronostic et par suite la conduite à tenir en pareil cas.

Dupuytren, Verdier, 1838, Cruveilhier 1838-1842, donnent les premières descriptions anatomo-pathologiques.

Lebert, en 1853, fait paraître son *Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses* et y consacre également quelques pages. Avec Vidal (*Traité de pathologie externe*, 1851), la description en est déjà plus complète.

En 1854, Dufour, inspiré des idées de son maître Ricord, en fait le sujet de sa thèse inaugurale (*Etude sur la tuberculose des organes génito-urinaires*) et résume toutes les connaissances de l'époque.

En Allemagne, avec Rokikansky, Virchow, Klebs, Conheim, on détermine mieux le caractère de la tuberculose génitale, mais la lésion prostatique n'est toujours envisagée que comme une localisation secondaire. Aussi ne peut-on tirer de leurs travaux aucune déduction thérapeutique.

Puis, en France comme à l'étranger, les publications se succèdent : celle de Duffau (1874), de Reclus (1876), qui, dans sa thèse sur la tuberculose du testicule et l'orchite tuberculeuse, nous présente quelques données nouvelles et très nettes sur l'afffection; de Hanau (1882).

En 1883, c'est la thèse de Collinet (Considérations

sur la tuberculose des organes génito-urinaires).

En 1883, celle de Feuchère (Traitement précoce de la prostatite tuberculeuse).

En 1894, celle de Zinke (Essai sur le traitement des abcès tuberculeux de la prostate).

Entre temps, Béraud, Robin, Vidal (1857), Thompson (1866), Conitzer, Krywicki, Orth, Marwedel (1892), dans quelques-unes de leurs observations, avaient établi d'une manière définitive la localisation primitive et isolée de la tuberculose à la glande péri-urétrale.

Ce n'est véritablement que dans les dernières années que le traitement bénéficie des progrès de la chirurgie moderne. Il se passe alors en chirurgie urinaire ce qui avait lieu pour la chirurgie générale dont elle suit lentement l'évolution progressive. La technique se perfectionnant, les opérateurs deviennent plus hardis, les risques opératoires diminuant ce ne sont plus des interventions trop timides ou trop tardives et des résultats naguère regardés comme impossibles sont désormais enregistrés les uns après les autres dans le traitement opératoire des prostatites tuberculeuses.

Ce sont d'abord les injections interstitielles en plein parenchyme prostatique (Marwedel, Dittel, Berkeley-Hill) de liqueur de Villate, d'éther, de glycérine iodoformée ; puis les essais tentés avec la méthode sclérogène de Lannelongue, soit par la voie urétrale, vésicale (Desnos), rectale (Hammonic), périnéale (Ozenne, Wickham, Horteloup), qui ne

donnent que des résultats nuls ou peu marqués.

Enfin, c'est Guyon, en 1885, allant à la recherche d'un abcès de la prostate par la voie périnéale.

Bouilly (1885), qui pratique le premier curettage.

Dittel (1889), qui publie sur les abcès de la prostate un nouveau Mémoire dans lequel il rapporte également un nouveau cas de curettage par la voie périnéale, qu'il affirme déjà être supérieur en tous points à la voie rectale, d'accord en cela avec les remarquables travaux de Segond qui viennent confirmer les siens.

Le Dentu, en 1889, qui; dans une communication sur les résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour la tuberculose locale, cite le cas d'une prostatite tuberculeuse opérée par lui par la voie périnéale en novembre 1889.

Albarran (1891) qui pratique également le curettage après une incision périnéale.

Zuckerkandel (1891), qui publie un travail considérable sur le traitement chirurgical des abcès de la prostate avec de nombreuses observations à l'appui.

Mais il faut arriver à Marwedel pour avoir une étude complète de la question et pour y voir le traitement par l'incision périnéale et le curettage entrer d'une manière définitive dans la pratique.

Gandier (1895), Conitzer (1897), Baudet, Doyen (1899), Audry (1900-1902), apportent leur contingent d'observations et prouvent par les résultats obtenus la véritable supériorité de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose de la prostate.

OBSERVATIONS

Observation de Guyon

Tankerchowe, 28 ans, entre le 16 mars 1885 à l'hôpital Necker. Pas d'antécédents urinaires. Il y a trois mois, hématurie abondante ; cystite consécutive intense. Urines troubles, purulentes et teintes de sang. A son entrée, le malade a de la rétention. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic ; les besoins d'uriner sont incessants, l'urèthre est libre. Les deux épididymes sont durs, bosselés; la prostate, ainsi que la vésicule séminale droite, présentent également de nombreuses bosselures.

On place aisément à demeure, une grosse sonde à béquille et on commence l'évacuation graduelle de l'urine. Le malade est rapidement soulagé et les urines deviennent plus belles.

Le cinquième jour, la sonde est supprimée, mais la rétention reparaît aussitôt et après les trois jours de cathétérisme, régulièrement répété deux fois dans les 24 heures, on est obligé de replacer la sonde à demeure

Suit une amélioration de quelques jours, au bout desquels le malade commence à avoir des accès fébriles, la langue séche des fumeurs. Il n'accuse cependant aucune douleur.

15 *avril.* — En examinant le périnée, on y remarque une tuméfaction peu volumineuse, occupant la ligne médiane, tuméfaction peu saillante, recouverte d'une peau à peine altérée, légèrement rosée. Cette tumeur est cependant manifestement fluctuante dans toute son étendue. Le toucher rectal démontre la présence d'une saillie volumineuse également fluctuante.

Les 16 et 17 la fluctuation augmente rapidement.

Le 18 on se trouve en présence d'un énorme foyer occupant tout le périnée, jusqu'à la racine de la verge, et s'étendant en arrière, jusqu'à l'orifice anal.

C'est en avant de cet orifice que le foyer purulent est le plus saillant et le plus volumineux.

Le toucher rectal apprend que la paroi antérieure du rectum est repoussée par une collection purulente, tellement volumineuse, que l'on peut à peine la délimiter. De même qu'au périnée, la fluctuation est très superficielle et très facilement obtenue du périnée à l'intérieur de l'anus.

M. Guyon pratique alors une longue incision verticale de 0,05 centimètres environ et s'avançant près de l'anus. Cette incision donne issue à environ 500 grammes de pus bien lié. Le doigt, introduit par la plaie, constate la présence d'une énorme caverne à parois anfractueuses. Un gros drain est placé à demeure, et la plaie est traitée suivant la méthode antiseptique.

La fièvre tombe rapidement. L'état général s'améliore et la tuméfaction diminue très vite.

Le 18 l'écoulement est réduit à presque rien.

La sonde à demeure, que le malade avait toujours conservée, est enlevée le 26 ; mais la rétention réapparaît et le malade est obligé de se sonder avec une sonde molle. A partir de ce moment, l'état du malade reste stationnaire. Il co ntinue à se sonder très aisément. Les urines ne contiennent plus de sang, mais toujours un dépôt assez abondant dans lequel on constate la présence de quelques bacilles de la tuberculose.

Enfin, le 3 août, le malade sort dans l'état suivant : L'état général s'est légèrement amélioré. Les lésions épididymaires sont stationnaires. Rien d'apparent du côte des poumons. Il continue à se sonder aisément, mais l'orifice périnéal est resté largement fistuleux. L'introduction du doigt permet de constater l'existence d'une grande caverne à parois indurées qui fournissent toujours une certaine quantité de liquide séro-purulent, mais pas une goutte d'urine.

Observation de Bouilly.

Le nommé C..., 42 ans, télégraphiste, est entré une première fois, au mois de mai 1884, à l'hôpital Beaujon pour orchi-épididymite tuberculeuse suppurée. M. Schwards lui pratiqua avec succès la castration du

côté droit. La guérison se fit rapidement et sans encombre.

Rentré à l'hôpital à la fin de la même année, il est pâle, émacié et se plaint de ne pouvoir uriner que très difficilement.

La région périnéale, en avant de l'anus, est bombée, douloureuse, sans rougeur marquée à la peau. Au toucher rectal, la prostate est indurée, volumineuse et fort douloureuse.

La rétention d'urine est presque complète. Quelques gouttes d'urine sont rendues avec la plus grande douleur. T. 39°5 à 40° le soir. Etat général mauvais.

Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde molle, permet de vider la vessie en provoquant de vives douleurs.

29 juin. — L'introduction de la sonde est suivie d'une abondante évacuation de pus dans l'urèthre, de la diminution des douleurs et de la possibilité de la miction spontanée. Le cathétérisme est continu

Le 5 juillet, le périnée est rouge et fluctuant. Une incision sur le raphé médian, au-devant de l'anus, donne une issue à une grande quantité de pus fétide.

Les jours suivants, la miction est pénible et douloureuse. Le malade est obligé de se sonder. Mais les dégâts du côté du périnée vont en s'accentuant. De la première onverture part un décollement sous-cutané qui remonte en avant jusqu'à la racine des bourses. La sonde cannelée qu'on y introduit se dirige vers le rectum, à travers lequel on la sent facilement. L'urèthre laisse écouler une certaine quantité de pus soit au moment de la miction, soit en dehors de ce moment. Etat général mauvais.

En somme : prostatite tuberculeuse suppurée avec

ouverture dans l'urèthre et péri-prostatite ouverte au périnée.

Signes de congestion du côté des poumons. Le testicule gauche est sain.

17 juillet. — Opération. Tout le trajet est fendu au thermocautère sur la sonde cannelée depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses. Les lèvres de cette plaie sont écartées. On tombe en avant de la région anale dans une vaste caverne qui remonte très haut le long de la paroi antérieure du rectum. On reconnaît facilement la région bulbeuse de l'urèthre et à partir de ce point le canal est entouré de parties indurées et suppurées dans lesquelles il est perdu.

Toutes ces parties sont soigneusement grattées à la cuiller tranchante jusqu'à ce que les parois de la loge paraissent saines et résistantes et pendant qu'un doigt introduit dans le rectum suit les progrès de l'instrument, celui-ci ramène de grandes quantités de masses caséeuses indurées et ramollies. L'urèthre se trouve isolé de toutes parts sauf à sa partie supérieure et traverse comme un pont la région grattée et vidée. Il est impossible de voir où siège la perforation qui fait communiquer le canal avec les parties molles du périnée. Pendant le grattage, on pratique de fréquentes injections au chlorure de zinc à 5 % dans la région.

Toute la cavité est bourrée avec de la gaze iodoformée. Bandange en T. Sonde à demeure.

Les résultats de l'intervention sont immédiats et définitifs. La fièvre tombe ; plus de douleurs dans la miction. Au bout de dix jours, on supprime la sonde à demeure et on la remplace par le cathétérisme.

En quatre mois, la vaste brèche était cicatrisée sauf

un pertuis fistuleux siégeant à un centimètre en avant de l'anus et pouvant admettre une sonde cannelée.

Exeat le 2 octobre. Revu le 26 octobre. Etat général excellent jusqu'en juin 1895. Le malade continue de se sonder pour maintenir la dilatation du canal et obtenir l'oblitération de la fistule qui fut d'ailleurs traitée par la teinture d'iode, le nitrate d'argent et les cautérisations.

Actuellement elle n'est plus qu'un petit trou imperceptible par lequel suinte quelque fois au moment de la miction une gouttelette d'urine.

La miction étant facile, le cathétérisme est supprimé dès le commencement de juin 1885. Peu d'érections et plus d'éjaculations.

Etat général excellent. Rien du côté des poumons. La cicatrice périnéale est lisse, solide, étendue de la racine des bourses à l'anus. Au toucher de la région prostatique existe une consistance dure, ligneuse. Les vesicules séminales paraissent saines.

En résumé, je m'applaudis de cette intervention dans laquelle j'ai traité la prostate tuberculeuse comme un abcès froid et par des procédés qui m'ont déjà donné bon nombre de succès durables.

Observation I, de Dittel.

J. B..., coiffeur, 39 ans, né à Vienne. Pas de maladies vénériennes. Depuis quelques mois a fait des excès de coït et l'a pratiqué tous les jours.

Le malade a de la toux et des sueurs nocturnes.

Le 9 mars 1888, après un coït répété, le sujet éprouve une forte douleur dans le canal de l'urèthre, avec sensation de brûlure pendant la miction. Il doit s'aliter. Les urines sont foncées. La miction est très douloureuse et bientôt il y a rétention d'urine. Le malade est sondé par un médecin. Le cathétérisme est douloureux et pénible.

Les jours suivants, le sujet souffre beaucoup. Il éprouve une sensation de pesanteur dans le rectum. La miction est toujours très douloureuse et l'urine n'est émise qu'après les efforts les plus pénibles.

Le 22 mars, il entre à la clinique.

Homme vigoureux, bien bâti. La prostate est grosse comme une noix, de consistance élastique, mais très sensible à la pression.

Le 23, les urines sont un peu troubles, contenant des leucocytes. Au sommet gauche, respiration obscure, murmure vésiculaire affaibli, expiration prolongée et soufflante. Mêmes signes au sommet droit.

Le soir, température 38° à 38°,5

Le 24 mars, anesthésie au chloroforme. La région périnéale est rasée, lavée, aseptisée. On fait une incision courbe du périnée à environ 5 centimètres en avant du rectum. On arrive sur la prostate ; on ouvre l'abcès, on draîne ; on tamponne à la gaze iodoformée. Sonde à demeure. Les suites de l'opération sont bonnes. Pas de fièvre.

L'abcès tuberculeux se vide. La plaie se comble par bourgeonnement.

Guérison complète en trois semaines.

Observation II, de Dittel

D. L..., 52 ans, de la Moraire ; toujours maladif. Il a souffert, il y a dix ans, d'une gonorrhée qui a disparu après un mois de traitement. A souffert depuis trois ans de constipation persistante. Il y a trois semaines, rétention d'urine sans cause apparente. Le malade a été cathétérisé et le cathétérisme, dès lors, lui a été nécessaire pour uriner. Douleur vive et sensation de pesanteur dans le rectum. Le malade ne peut plus reposer que sur le côté. Quelques légers accès de fièvre durant ces derniers jours. Sauf cela, santé bonne.

A son entrée, le toucher vésical permet de constater une prostate de la grosseur d'une noix, élastique, douloureuse, présentant une tumeur fluctuante.

Le 9 mai 1888, incision courbe en avant du rectum. On rase le rectum jusqu'à la prostate. Ouverture de l'abcès, qui consiste en un pus verdâtre, grumeleux. Drainage, tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée.

Sonde à demeure.

Température : 39°.

Dix jours après, on enlève la sonde à demeure.

La plaie périnéale est comblée.

Guérison complète en quatre semaines.

Observation III, de Dittel

J. A..., garde de la sûreté, 52 ans ; typhus antérieur. Jamais de maladies vénériennes. Il y a seize jours, sans cause apparente, dysurie très marquée. Ne pouvant uriner, il est obligé d'appeler un médecin qui le cathétérise.

A son entrée on constate que la prostate est grosse et sensible. Quatre jours après, le 15 février 1898, on sent une fluctuation manifeste et le périnée est bombé au niveau de l'abcès.

Le 16 février 1898, ouverture de l'abcès au niveau du raphé médian. On agrandit un peu à gauche l'ouverture de l'incision. Il s'en écoule une grande quantité de pus verdâtre. Drainage, tamponnement à la gaze iodoformée.

Guérison.

Observation de Le Dentu.

Berger (Laurent), rue Lafayette, 143, 30 ans.

Abcès du périnée ouvert l'an passé par M. le docteur Segond. Il passe en même temps du pus par l'urèthre, mais en réalité, pas d'urine par la fistule.

Je diagnostique un abcès provenant du lobe gauche

de la prostate et je fais, le 9 novembre 1888, le curage après agrandissement de la fistule, l'index étant introduit dans l'anus

Le résultat que j'ai obtenu a été excellent. Cependant, ce succès ne m'autorise pas à préconiser le curage de toutes les prostates tuberculeuses. L'indication de cette opération se tire sur l'existence d'une fistule n'ayant aucune tendance à se fermer.

Je croyais avoir été le premier en France à pratiquer cette opération, mais je me plais à reconnaître que M. Bouilly a publié un fait semblable en 1885 dans les Bulletins de la Société de chirurgie.

Observation d'Albarran.

M. M..., 37 ans, est venu me consulter, en juin 1891, pour une fistule périnéale consécutive à un abcès ouvert chirurgicalement six mois auparavant.

C'était un homme présentant les apparences d'une assez bonne santé générale. Il m'apprit que, depuis plus d'un an déjà, il éprouvait de la gêne et de la douleur à la fin des mictions, que son urine était trouble et qu'un ancien écoulement blennorrhagique avait repris, lorsqu'en novembre 1890 il avait vu tous ces symptômes s'aggraver en même temps que la miction devenait plus difficile.

Il survint de la fièvre et la douleur périnéale obligea le malade à garder le lit. Pendant quelque temps on

le soigna avec des bains de siège, des cataplasmes et des balsamiques ; mais une tuméfaction rouge étant apparue dans le périnée, un médecin se décida à l'ouvrir. Il s'écoula du pus par l'incision et les symptômes s'amendèrent. Mais le malade constata que l'urine mouillait ses pansements et quand la plaie périnéale se ferma peu à peu il en résulta une fistule.

Par l'examen local du malade, je constatai l'existence d'une uréthrite antérieure et surtout postérieure. L'urèthre laissait passer facilement un explorateur olivaire, n° 20, jusqu'à la vessie. Cette exploration permettait de constater l'existence d'un léger anneau de retrécissement au niveau du bulbe et quelques inégalités dans la traversée de la prostate. La vessie contenait des urines légèrement purulentes dans lesquelles l'examen bactériologique fit constater l'existence du bacille tuberculeux. Je remarquai le peu de sensibilité de la vessie au contact et à la distension, puisque sans douleur on pouvait y injecter 250 grammes de liquide. Les reins n'étaient ni douloureux ni augmentés de volume.

L'épididyme gauche était augmenté de volume, bosselé, manifestement tuberculeux et je découvris un petit noyau au niveau de la tête de l'épididyme droit.

Par le toucher rectal les vésicules séminales peu distinctes paraissent englobées dans une masse ferme qui empêchait même de sentir, d'une manière précise, les limites supérieures de la prostate. En échange, l'examen de cette glande éclairait le diagnostic. La prostate était, en effet, très tuméfiée, bosselée, irrégulière et, dans un point, on avait une sensation de

mollesse qui contrastait avec la dureté des parties voisines. En pressant sur la prostate par le rectum, on faisait couler par le méat un peu de pus grumeleux. Je me trouvais évidemment en face d'une prostate tuberculeuse ayant déterminé une fistule communiquant avec l'urèthre, puisqu'elle laissait passer une certaine quantité d'urine pendant les mictions.

La fistule était placée dans le périnée, sur la ligne médiane, à 5 centimètres de l'orifice anal. En y introduisant un stylet, je pénétrai à peu près verticalement dans une étendue de 3 centimètres ; mais n'arrivant pas à sentir l'instrument, avec un doigt introduit dans le rectum, je n'arrivai pas non plus au contact d'un béniqué introduit par l'urèthre. Malgré la lésion épididymaire et l'étendue de la lésion prostatique, je me décidai à opérer ce malade, quand j'eus acquis la certitude du bon état des poumons, je pensai pouvoir guérir la fistule et le bon état de la vessie m'engageait surtout à intervenir.

Je commençai par pratiquer, avec mon uréthrotome, l'uréthrotomie interne sur dilatation et j'introduisis dans l'urèthre un béniqué, n° 46. Une incision périnéale médiane me conduisit à travers des tissus indurés dans un clapier fongueux juxta-uréthral et je pus, avec une sonde cannelée, sentir nettement le béniqué introduit dans l'urèthre ; j'incisai au bistouri les parties indurées et j'enlevai avec la curette les fongosités. Pendant que je travaillais avec ce dernier instrument je sentis tout à coup un défaut de résistance ; la curette pénétra très profondément et un petit abcès se vida. J'introduisis alors un doigt dans le rectum et constatai que la curette pouvait être facilement sentie. Le curet-

tage donna issue à des fongosités et à des masses caséeuses. Je lavai alors largement la cavité avec de l'eau phéniquée forte. Ayant retiré le béniqué, je le remplaçai par une sonde à demeure, n° 20, que j'introduisis facilement en me servant de la tige conductrice usitée dans l'uréthrotomie. La plaie fut de nouveau lavée et tamponnée à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples. Pendant les trois premiers jours, il y eut du sang dans les urines. Par la suite, elles devinrent plus claires. Quelques lavages avec du sublimé à 1/15000 les rendirent tout à fait claires. La sonde fut changée au huitième jour et remplacée par une sonde qu'on changeait tous les quatre ou cinq jours.

Deux mois après l'opération, la plaie périnéale était cicatrisée. Pendant quelques jours encore, le malade gardait une sonde à demeure pendant la nuit et le canal fut soumis à la dilatation progressive.

Trois mois et cinq jours après l'opération, quand le malade partit, il urinait très bien, sans douleur et ne portait pas de fistule. Par le toucher on ne sentait plus la prostate bosselée du début, mais une masse fibreuse, dure et peu sensible à la pression. Pendant les suites opératoires et depuis lors le malade fut soumis au traitement créosoté à très faibles doses. J'ai eu de ses nouvelles, en mai 1893, près de deux ans après son opération. La fistule ne s'est pas reproduite et le canal a conservé son large calibre.

Observation de Zuckerkandel.

J. N..., journalier, 28 ans, entré à la clinique le 10 novembre 1890. A l'examen, épididymite tuberculeuse gauche avec formation de fistules. Le canal déférent du même côté est épaissi, induré. La prostate est hypertrophiée, dure à la palpation, présentant deux protubérances à droite, trois à gauche. Les vésicules séminales sont indurées, volumineuses, douloureuses.

Aux deux sommets, signes stéthoscopiques de tuberculose. L'urine est trouble et alcaline. Globules de pus, cellules épithéliales, phosphates tribasiques. Quelques traces d'albumine

Le 18 novembre on met à nu la prostate par une incision faite comme dans la prostatectomie latérale de Dittel. On énuclée le foyer tuberculeux. Le testicule malade est enlevé. On passe aussi dans ce bref exposé sur les complications survenues pendant la cicatrisation. Il faut noter qu'en janvier 1891 apparurent des douleurs dans le rectum en même temps que de la fièvre. La prostate, petite jusqu'alors, devint deux fois plus grosse, sensible à la pression et fluctuante.

Le 1er février, anesthésie au chloroforme. On incise le périnée et on fait le décollement classique du rectum. On vide un foyer purulent siégeant au niveau de la prostate dont s'écoule une grande quantité de pus.

La douleur et la gêne disparaissent aussitôt, mais il se fit une communication du foyer de l'abcès avec l'urèthre, car l'urine sortait par la plaie périnéale.

Il s'établit une fistule uréthro-périnéale accessible seulement aux sondes de petit calibre, qui persista pendant quelques mois, et de laquelle il sortait à chaque miction quelques gouttes d'urine.

La persistance de cette fistule est à attribuer au processus tuberculeux non extirpé en totalité pendant l'énucléation.

Observation I, de Marwedel.

J. R..., 41 ans, musicien, né à Hurzwiller, entre à la clinique le 5 décembre 1891.

Antécédents héréditaires : père souffrant d'une affection pulmonaire. Mère et frère bien portants.

Antécédents personnels : marié, quatre enfants en bonne santé. Santé parfaite jusqu'à ce jour.

En juin 1891, gonflement douloureux du testicule droit pendant huit ou dix jours ; puis, du gauche. Mictions douloureuses. Quelques fois urines sanglantes. Il y a sept semaines rétention d'urine. Le cathétérisme donne issue à une urine rouge et contenant de nombreux caillots sanguins, épais et longs.

Le malade s'alite. Les mictions sont très douloureuses et suivies d'une émission de quelques gouttes de sang pur.

Le malade est très anémié. Douleur dans les reins. Le testicule gauche est de plus en plus gros.

A l'auscultation : craquements fins aux deux som-

mets. Inspiration saccadée et soufflante. Expiration prolongée.

L'épididyme droit présente une nodosité dure et peu douloureuse. Le gauche est plus gros, également dur et bosselé.

A la partie inférieure du scrotum, à gauche, la peau est rouge et épaissie. Il y a là une collection fluctuante qui se rattache à la lésion épididymaire.

Emission de quelques gouttes de pus et de sang par le canal. Rien du côté du périnée, sauf une douleur à la partie postérieure.

Bacille de Koch dans l'urine.

Le cathétérisme rend compte d'un obstacle infranchissable à la région prostatique. On réussit cependant à introduire une sonde molle de Nélaton.

Toucher rectal, pas d'écoulement de pus ou d'urine par l'anus. La prostate est grosse et déborde plus à gauche. Elle se laisse déprimer et n'offre pas de bosselures. Elle est douloureuse. Les vésicules séminales sont normales.

8 décembre 1891. Anesthésie au chloroforme. On fait sur le périnée, à un centimètre en avant de l'anus, une incision semi-circulaire. On lie deux petites artérioles transverses du périnée. Après section du fascia *superficialis* et de la couche musculaire, on peut, avec le doigt introduit dans la plaie, arriver sur la prostate. Après l'introduction d'une sonde dans l'urèthre, on fait l'uréthrotomie externe de la portion prostatique On peut avec le doigt mobiliser facilement la prostate de sa loge cellulaire, de sorte qu'il est facile de l'extraire comme un polype avec une pince. On enlève d'abord des morceaux, et bientôt la totalité de la glande. Elle est jaunâtre.

Il existe une cavité grosse comme une noix régulière, que l'on bourre à la gaze iodoformée et l'on fait des sutures. (T. 36°-5-37°.)

L'urine s'écoule par une sonde à demeure. En huit jours la plaie du périnée est fermée, mais il persiste une petite fistule urinaire qui laisse passer quelques gouttes à chaque miction L'urine s'écoule par l'urèthre sans difficulté.

Le toucher rectal montre, à la place de l'ancienne prostate, une profonde dépression, sans aucune perforation rectale. Les vésicules séminales sont restées saines.

Le malade est mort quelques mois après l'opération de phtisie pulmonaire au 3e degré, mais il ne souffrait plus du côté de ses organes génito-urinaires.

Observation IV, de Marwedel.

H. R .., 25 ans, entre à la clinique le 9 février 1892.

Un frère a succombé à une phtisie pulmonaire et laryngée.

Une sœur a succombé à une affection du bas-ventre. Le malade affirme qu'il n'avait jamais été sérieusement malade. En juillet 1889, pendant son service militaire, il se contusionne le testicule gauche. Les phénomènes, du reste, disparaissent au bout de quelques jours. Pendant les manœuvres, en août 1889, il

se produisit un abcès qui se vida de lui-même au niveau de ce même testicule.

Comme l'affection était indolente, le malade n'interrompit pas son service. Il persista une fistule de petite étendue et suintante.

En 1891, il contracta la blennorhagie après un coït suspect.

Le malade se fait des injections au sulfate de zinc. Au bout de 15 jours, gonflement considérable du testicule gauche qui cède à l'application de teinture d'iode. Quinze jours après cet incident, abcès périnéal que lui ouvre un médecin.

Etat actuel. — Constitution assez vigoureuse; aspect anémique ; thorax bien développé ; pas de creux sus-claviculaires ; percussion normale au sommet gauche ; respiration un peu obscure ; pas de râles ; pas de craquements ; organes abdominaux intacts.

L'examen de l'urine, en apparence normale, montre de nombreux globules de pus et des débris épithéliaux. On y constate nettement la présence de bacilles tuberculeux. Rien aux testicules et dans la vessie qui n'est pas sensible. Sur le périnée, à gauche de la ligne médiane, à égale distance de l'anus et du bulbe, on trouve un trajet fibreux contenant une fistule qui laisse couler un peu d'urine à la pression. Le stylet se dirige du côté de la prostate. Le toucher rectal montre que la sonde cotoie la face antérieure du rectum. La prostate est un peu grosse, peu douloureuse. Pas de point ramolli, ni fluctuant. Vesicules séminales normales. Le cathétérisme de l'urèthre montre un léger obstacle dans la région prostatique. On pénètre facilement dans

la vessie avec la sonde de Mercier, mais en produisant de la douleur et en forçant un peu.

Diagnostic : Epididymite gauche. Prostate et cystite tuberculeuses avec fistule uréthrale.

Le 13, opération — Narcose. On fend la fistule sur la sonde cannelée. On suit dans la profondeur. On arrive sur la prostate. On curette les points suspects avec la curette tranchante. On injecte de l'éther iodoformé. Tamponnement à la gaze iodoformée. Sonde à demeure.

On retient la plaie avec la soie antiseptique. Cours normal. Le dixième jour on enlève les fils. La fistule a persisté. On fait des injections iodoformées dans la vessie et l'urèthre à 10 p. cent aqueux. On injecte pendant seize minutes, dans le réservoir urinaire, une solution iodée.

Résultat nul sur la fistule que des cautérisations fréquentes ne font pas non plus refermer.

Le malade ayant été pris d'une rougeole dut quitter les service.

Observation du Dr Gaudier.

Jeune homme de 22 ans, filateur.

Antécédents tuberculeux dans la famille. Début de l'affection, il y a environ trois mois. Urines teintées de sang. Douleurs du côté de l'anus et du méat. Mictions fréquentes et impérieuses. Leger suintement uréthral.

Etat général bon.

Rien aux testicules et aux cordons. Prostate volumineuse, élastique, un peu granuleuse. Cette augmentation de volume porte surtout à droite. Pas de point fluctuant. Quand on la déprime, le malade accuse aussitôt une douleur avec irradiation uréthrale. Vessie peu douloureuse, pas dilatée.

L'introduction d'une sonde en gomme dans l'urèthre est bien supportée, sauf au niveau de la région prostatique et du col vésical où elle est douloureuse.

Rien du côté des reins ni des poumons.

Un mois après : il y a un peu de fièvre le soir. Pas d'appétit. Il n'y a plus d'hématuries, mais la défécation est douloureuse Prostate volumineuse très douloureuse, mais sans point fluctuant. Pas d'empâtement périprostatique. La vésicule séminale droite est un peu bosselée, non douloureuse. Dans le mucopus uréthral, on avait pu constater déjà le bacille tuberculeux.

Je proposais alors au malade une intervention chirurgicale, qui consistait à aller fendre sa prostate déjà probablement abcédée et à la curetter, pour éviter l'aggravation des lésions prostatiques.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Opération le 11 février 1894.

Anesthésie au chloroforme. Nous lui passons tout d'abord dans l'urèthre une sonde en gomme n° 20, qui nous servira de guide et de repère pendant l'opération. Le malade est ensuite placé dans la position de la taille. Le rectum a été préalablement vidé par des lavements répétés.

Nous pratiquons, à 1 centimètre en avant de l'anus, une incision courbe circonscrivant sa moitié antérieure

et se terminant sur les côtés en dedans des tubercules ischiatiques. Nous incisons couche par couche, un doigt de la main gauche introduit dans le rectum pour nous guider, et après avoir lié quelques artérioles, tâtant le fond de la plaie avec le doigt et ayant abandonné le bistouri, nous sentons la prostate, tuméfiée, du volume d'une petite pomme d'api, entourée de veines volumineuses.

Nous élargissons l'incision sur les côtés et, nous trouvant en présence d'une sorte de vulve au fond de laquelle apparaît la prostate, nous faisons déprimer, par deux aides, la lèvre antérieure et la lèvre postérieure de la plaie au moyen des valves de Péan, ce qui nous donne beaucoup de jour. Nous réclinons alors doucement les veines qui masquent la prostate, nous en lions deux grosses transversales et, d'un coup de thermocautère, nous incisons la paroi postérieure de la glande.

Un peu de tissu gommeux, non suppuré, fait issue entre les lèvres de la plaie; avec le doigt nous élargissons celle-ci et nous pénétrons alors dans un petit abcès central d'où s'écoulent quelques gouttes de pus. Alors, avec la curette de Volkmann et bien éclairés, grâce à la béance de la plaie périnéale, nous curettons la prostate, en commençant par la paroi postérieure et en nous acheminant du côté de l'urèthre. C'est surtout la face postéro-inférieure qui se laisse facilement curetter et l'instrument ramène des masses gommeuses, que nous gardons pour l'examen histologique.

Avec le doigt nous sentons l'urèthre au fond de la plaie, un peu en haut et à gauche, et là notre curette est conduite avec la plus grande prudence.

Nous ne cessons ce curettage que lorsque la curette ne ramène plus rien et que le tissu prostatique crie sous l'instrument. Le curettage s'accompagne d'ailleurs d'une hémorragie assez considérable que nous arrêtons par le tamponnement. Après irrigation avec la liqueur de van Swieten, nous touchons la poche ainsi formée avec du chlorure de zinc et nous resséquons un fragment de la paroi prostatique, dénudé et flottant dans le fond de la plaie.

Nous tamponnons toute la cavité prostatique avec de la gaze iodoformée et nous drainons avec l'extrémité de cette gaze qui sort par la plaie périnéale. Nous suturons cette plaie sur les bords, ne laissant juste que l'espace nécessaire au passage de la mèche iodoformée. Bandage en T.

Les suites furent très simples. Nous fumes forcés de changer le pansement le soir, à cause du montement sanguin. Pas de température. La guérison se fit en quinze jours. Dans l'intervalle, instillations vésicales avec le sublimé.

La plaie périnéale guérit sans fistule et, quinze jours après l'opération, le toucher rectal permettait de constater une sorte de petit plastron au niveau de ce qui était la prostate, plastron élastique, dépressible, mais à peine douloureux. La cystite avait presque totalement disparu ainsi que le suintement uréthral.

Le malade fut perdu de vue, mais on sait qu'il a repris sa pénible profession de filateur et qu'il jouissait d'un bon état général. Il ne souffrait plus du côté de son appareil génito-urinaire, le périnée était souple et l'éjaculation était possible.

Nota. — L'examen des masses prostatiques curettées y a fait reconnaître la présence du bacille tuberculeux.

Observation de Conitzer.

L'observation se rapporte à un homme de 23 ans, sans antécédents génito-urinaires, pris depuis deux ans de troubles de la miction et qui rentre à l'hôpital avec tous les signes d'une cystite tuberculeuse au début. L'examen du malade montre une prostate augmentée de volume, inégale, indurée, douloureuse à la pression. L'examen bactériologique de l'urine centrifugée montre la présence de bacilles tuberculeux, et l'examen cystocopique fit voir sur la muqueuse, légèrement enflammée, un nombre assez grand de tubercules miliaires.

Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, on pratiqua l'ablation du lobe droit de la prostate et le grattage du lobe gauche. L'opération faite par la voie périnéale, amena une amélioration considérable et le malade quitta l'hôpital après avoir engraissé de 16 livres, malgré une tuberculose des deux testicules qui se manifesta quelques jours après l'opération. Cette amélioration persista seulement pendant six mois. Au bout de ce temps, la tuberculose gagna les vésicules séminales, les reins et les poumons, et le malade succomba huit mois après l'intervention.

L'examen histologique de la prostate qui, à côté des tubercules miliaires renfermait déjà des foyers caséeux, a permis d'affirmer que dans ce cas la tuberculose de la prostate était primitive.

Observation de H. Claude.

Frédéric G..., 24 ans, entre le 18 septembre à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, n° 2, pour un abcès de la région anale.

Pleurésie aiguë il y a cinq ans. Parents morts tuberculeux à un âge peu avancé.

Le malade a souffert tout d'abord de troubles dans la miction.

Défécation douloureuse. Les phénomènes s'accentuent et une tuméfaction est apparue il y a quelques jours vers le côté gauche de la marge de l'anus.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une saillie douloureuse à gauche avec empâtement profond de toute la région Au toucher rectal, l'intestin est repoussé du côté droit par une tumeur dure, mais non comprimée En suivant la paroi antérieure du rectum on rencontre la prostate très volumineuse, mal délimitée, et le doigt s'enfonce dans une ulcération à bords saillants, irréguliers, dont le fond est de consistance mollasse. Cette exploration réveille des douleurs très aiguës. Urines foncées, troubles, avec dépôt blanchâtre.

Le malade est très amaigri, pâle, les yeux excavés. Les ongles sont hyppocratiques.

Rien du côté du poumon et du cœur. Pas d'écoulement uréthral. Rien aux testitules. La langue est chargée. Pas de fièvre.

Le 20, le malade souffre beaucoup de l'anus. La

tuméfaction est plus saillante, rouge, très douloureuse, sans fluctuation. Les urines sont purulentes Température : 38°.

On fait une large incision sur le côté de l'anus, qui donne une grande quantité de pus occupant l'espace pelvirectal inférieur.

La cavité de l'abcès, débridé largement, remonte sur la partie latérale gauche du rectum, au-dessus de la prostate, qui est complètement entourée par la collection purulente. La partie inférieure des deux lobes prostatiques est déchiquetée, s'effrite sous le doigt et communique avec le rectum par l'ulcération que l'on sentait au toucher rectal. Toute la cavité est curettée, irriguée, tamponnée à la gaze iodoformée. Le soir, température : 38°,2.

Le 21, température : 37°,5. Etat général satisfaisant. Les douleurs lancinantes ont disparu. La mèche est changée.

Le 22, douleurs très vives dans le ventre. Ballonnement. Sensibilité, vomissements fécaloïdes. Céphalée. Lavage de la poche purulente et pansement. Température : 38°.

Le 23, température : 38°,5. Les signes de péritonite s'accentuent.

Le 24, mort dans le collapsus.

Observations d'Audry (in Sarda).

Ch. J..., 31 ans, plâtrier. Entré le 17 juillet 1899, salle Besnier, n° 5 (service de M. le professeur Audry).

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux : quatre frères ou sœurs bien portants.

Un autre frère phtisique, mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : rien de particulier à noter dans son enfance et dans son adolescence. Sujet aux bronchites, qui se répètent facilement presque tous les hivers.

A 23 ans, adénite cervicale suppurée.

A noter aussi des adénites au niveau des régions mastoïdiennes, du creux sus-sternal et axillaire. Ces diverses adénites se sont succédées dans l'espace de trois ou quatre mois. Abcès froid costal à droite, opéré par M. le professeur Chalot. A 28 ans, blennorhagie et épididymite droite. A cette orchite blennorhagique fait suite, aussitôt après, une épididymite tuberculeuse, toujours du côté droit. Fistule sur le scrotum, en arrière. Le malade fait un premier séjour à la clinique de M. le professeur Audry, qui intervint après incision du scrotum. On fait un grattage complet de toutes les parties atteintes par l'infection. Deux ou trois mois après, le testicule gauche est pris à son tour ; il y a fistule spontanée. Le premier testicule n'étant

pas complètement guéri, on ouvre les deux côtés et on traite de nouveau par le grattage les deux foyers purulents. Deuxième opération par M. Audry. On fait un drainage. Amélioration très lente du malade. Il quitte l'hôpital sans être complètement guéri. Après ces deux opérations, les rapports sexuels s'effectuent dans les mêmes conditions qu'auparavant. L'éjaculation seule paraissait au malade plus difficile et le liquide ressemblerait (dit-il) à « du bouillon ». Peu à peu et sans que le malade s'en soit aperçu, une tumeur s'est développée en arrière des bourses, au niveau du périnée. Cette tumeur a le volume d'une noix, elle est fluctuante et, depuis quelque temps, le fait souffrir pendant la marche. La pression à ce niveau révèle une douleur assez vive. Elle s'irradie vers le bassin, sous forme de douleurs névralgiques. Il n'y a pas de propagation du côté du nerf sciatique. Elle remonte en haut jusqu'au niveau des limbes.

La défécation est normale ainsi que la miction. On n'a pas noté d'hématurie. Le toucher rectal montre une prostate grosse, volumineuse, assez molle, mais non fluctuante ; la pression à ce niveau n'est pas douloureuse. Il y a hypertrophie des deux lobes latéraux. Pas de lésions du côté des vésicules séminales. Les testicules, à cette époque (17 juillet 1897), sont déformés, atrophiés et pleins de petites bosselures de volume variable et sans caractères particuliers. Il existe toujours deux fistules qui laissent couler du pus mal lié.

L'examen général ne présente rien de particulier à noter. On pensa à un abcès superficiel du périnée, mais nullement à un abcès d'origine prostatique.

Opération le 19 juillet. Anesthésie au chloroforme.

La région périnéale est lavée, rasée, suivant le mode ordinaire. Le malade, placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement fléchies sur le bassin. M. le professeur Audry incise la tumeur périnéale. Aussitôt s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre mal lié. Il introduit le doigt dans la plaie et, à son grand étonnement, arrive aussitôt au niveau de la région prostatique.

Partout on trouve des clapiers et des poches purulentes qui se vident difficillement. C'est avec le doigt que ces poches sont rompues et elles laissent écouler une sérosité très liquide, couleur jaune-rougeâtre, 50 grammes environ. Latéralement le doigt arrive jusqu'aux ischions. En haut, il arrive dans la loge prostatique et reconnaît que le tissu glandulaire, situé en arrière de l'urèthre, est en entier infiltré et caséifié.

La poche purulente, très profonde, ainsi vidée et ouverte, est lavée et on bourre la cavité de gaze iodo formée.

On s'attaque ensuite aux deux testicules. Le droit est tuberculisé en grande partie. On poursuit les clapiers fongueux avec la curette et le thermocautère. Le cordon lui-même n'était pas indemne et on est obligé de le sectionner à sa sortie du canal inguinal. Le gauche est moins atteint, cependant les quelques points caséifiés que l'on trouve sont traités, eux aussi, par la curette et le thermocautère.

Le cordon paraissait à peu près indemne. Le suites de l'opération ont été très satisfaisantes. Température : jamais plus de 37° 8. Le malade a été remis rapidement du choc opératoire. Les jours suivants, la poche prostatique a été lavée avec une solution de nitrate d'ar-

gent. Plus tard, on a injecté de l'éther iodoformé.

La cicatrisation, rapidement opérée de ce côté-là, avait été précédée de la guérison des plaies scrotales. Il a quitté l'hôpital, complètement guéri, vers le 15 septembre.

Revu le 31 octobre 1899, les fistules scrotales ont disparu; les plaies testiculaires sont cicatrisées; les testicules sont petits. Au niveau des épididymes, on a pu noter quelques nouures. La vésicule séminale gauche présente quelques irrégularités qui pourraient faire supposer que son état d'intégrité n'est pas absolu. La vésicule droite ne peut être sentie. Erections normales. Appétit sexuel non modifié. Le sperme serait devenu normal. Etat général excellent.

Examen histologique : Dans les débris de la poche pas de trace des éléments constitutifs de la prostate mais simplement les éléments ordinaires d'une paroi d'abcès froid avec peu de follicules tuberculeux. La recherche des bacilles n'a pas été faite, la nature tuberculeuse de la lésion paraissant au-dessus de toute contestation.

Observation de Doyen.

Tuberculose du testicule gauche, du canal déférent, de la prostate et des vésicules séminales. Ablation du testicule gauche. Fistule purulente inguinale, fistule urétro-rectale. Fermeture de la fistule inguinale qui

communiquait avec l'os iliaque. Ablation de la prostate et des vésicules séminales. Fermeture de la fistule rectale. Guérison.

Cette observation nous paraît assez longue pour que nous ne nous croyions pas obligés de donner en détail les diverses phases opératoires. Nous nous contenterons de rapporter ce qui a trait simplement à l'opération par voie périnéale.

« Le malade fut alors placé dans la position de la taille périnéale, les jambes et les cuisses fixées aux porte-jambes qui me servent également chez la femme.

Un cathéter cannelé fut introduit dans l'urètre, et la fistule rectale fut mise en évidence en déprimant la commissure postérieure de l'anus à l'aide d'une large valve. Un stylet, introduit dans l'orifice rectal, pénétrait dan un foyer anfractueux et ne rencontrait que difficilement le cathéter.. .. Je me suis donc trouvé naturellement conduit à inciser chez mon malade le périnée et la paroi antérieure du rectum jusqu'au dessus de l'orifice fistuleux. La prostate, mise en évidence, fut incisée à son tour. Elle était creusée d'une caverne anfractueuse et remplie de fongosités. Les vésicules séminales tuberculeuses apparaissaient dans la profon deur. La prostate entière et les deux vésicules séminales furent réséquées avec les pinces à griffes et les ciseaux.

La paroi inférieure de l'urèthre se trouva détruite sur une étendue de 8 à 10^{mm}. Ce canal fut refermé par quatre points de suture antéro-postérieurs qui le fixèrent au pourtour du col de la vessie.

Le champ opératoire, mis à découvert par l'incision de la paroi antérieure du rectum, était remarquable-

ment superficiel, et le bas-fond de la vessie, dont venaient d'être détachées les vésicules séminales, faisait hernie au-dessus de l'écarteur jusqu'au point de réflexion du péritoine vésico rectal.

Le rectum fut suturé à points séparés, et l'espace vésico-rectal tamponné et drainé pour prévenir une récidive de l'ancienne fistule.

Cette double opération fut suivie d'un excellent résultat, et le malade reprit, au bout de quelques mois, sa vigueur d'autrefois.

L'incision du périnée et de la paroi antérieure du rectum m'a donné un champ opératoire tellement large que l'extirpation des vésicules séminales s'est faite avec la plus grande facilité. On pourrait extirper par par ce procédé tout le bas-fond de la vessie.

J'ai répété depuis cette opération avec succès, le 19 juillet 1891, chez un homme de 33 ans, atteint de tuberculose de la prostate et des vésicules séminales. Les testicules et les canaux déférents étaient indemnes.

L'urèthre fut suturée au col de la vessie.

Observation d'Audry (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Florence (Interne)

Raynaud, 21 ans, cordonnier, père et mère en bonne santé. Pas de maladies antérieures. Au mois de novembre, sans aucune cause apparente, le malade se plaint

de douleurs au niveau de son testicule droit et s'irradiant vers le cordon. Au bout de trois jours, la douleur disparaît. Mais le sujet remarque une grosseur qu'il limite sur la face latérale et supérieure du testicule. Grosseur indolore, sauf à la tête de l'épididyme où la pression provoquait quelque souffrance. Cet état reste stationnaire pendant environ quinze jours. Puis, subitement, tout le testicule se prend. Le gonflement devient même assez volumineux pour inquiéter le malade qui se décide à aller voir un médecin.

Ce dernier porte le diagnostic d'épididymite tuberculeuse avec hydrocèle. Le malade rentre au service de M. le professeur Jeannel où il reste une semaine. On l'évacue ensuite sur la salle Besnier (service de M. le professeur Audry).

Examen le 4 janvier. La tumeur est piriforme et son bord supérieur correspond au canal déférent. Elle est liquide et présente une tension assez notable. A l'intérieur de cette poche on sent, située à la face postérieure, une tumeur solide, du volume d'une mandarine qu'il est fort difficile de délimiter. On a la sensation que l'épididyme est triplé de volume. On ne peut guère se prononcer sur l'état du testicule. Le cordon ne présente pas d'épaississement notable.

L'index, introduit dans le rectum, trouve, à une distance d'environ 0,01 cent., une résistance assez grande qui l'empêche de passer directement. On est obligé d'incliner fortement le doigt vers le sacrum pour pénétrer dans l'ampoule rectale. On sent une tumeur nettement latérale et située à droite d'environ trois centimètres de long, fusiforme, à concavité se moulant sur la prostate, dont on ne peut la séparer. En somme,

on peut conclure que c'est la prostate elle-même qui est prise. Cette tumeur, du volume du pouce, ne présente point de résistance Pas de fluctuation — Amincissement de l'enveloppe prostatique.

A gauche, la prostate se sent à peine ; il est impossible d'atteindre les vésicules séminales.

Le malade présente une ampoule rectale développée, renfermant des scybales. Cependant, interrogé à plusieurs reprises, il nous dit ne pas avoir souffert énormément en allant à la selle. Il est très constipé et cela pendant des intervalles de six jours.

Etat général. — L'examen des poumons ne révèle aucune lésion des poumons. — Cœur normal, pas de modifications du rythme ni des bruits. Rien à signaler du côté de l'appareil digestif. Pas d'albumine dans les urines.

Le 7 janvier 1902, incision, évacuation du liquide de l'hydrocèle. La vaginale est légèrement épaissie et présente des villosités sur sa face viscérale. L'épididyme est entièrement pris. Le testicule est gros, avec épaississement de l'albuginée. L'ablation est décidée. On enlève en bloc la vaginale et tout son contenu. Le canal déférent est reséqué le plus haut possible.

Le testicule présente des lésions à la périphérie. De rares granulations grises sont appendues aux canalicules séminifères. L'examen microscopique confirme le diagnostic.

Fermeture du scrotum au crin de Florence. On draîne dans la partie déclive.

8 janvier. Le malade n'a pas souffert de l'opération. Pas de vomissements.

Le 10 janvier on change le pansement qui a été

souillé. Léger hématome de la grosseur d'une petite noix. Il est respecté. Le drainage se fait convenablement. Pas de suppuration.

Le 14, on enlève les points. Réunion parfaite.

Le 16, le toucher rectal est pratiqué. L'abcès de la prostate est toujours dans le même état.

Le 18, on enlève le pansement scrotal. La plaie de la castration étant complètement cicatrisée M. le professeur Audry se décide à intervenir sur la prostate.

Anesthésie. — Ponction de la taille. — Beniqué dans l'urètre pour repérer le canal et fixer la prostate. L'incision prérectale allant d'un ischion à l'autre très légèrement concave en arrière. Décollement du rectum sur l'index gauche recouvert d'un cordon et introduit dans la cavité rectale. On arrive ainsi jusqu'au bec de la prostate qui est très profonde et somme toute assez difficilement accessible.

Le doigt, en continuant le décollement, finit toutefois par pénétrer dans une cavité qui laisse couler un peu de pus. On s'aperçoit qu'on est bien dans l'abcès froid prostatique. Avec une grosse curette on râcle énergiquement et l'on ramène un peu de pus et surtout des masses caséo-fongueuses en assez grande abondance, pour qu'il reste ensuite une cavité à peine moins volumineuse qu'un œuf de pigeon.

Drainage très large (Drain. gaze iodoformée). Suites opératoires très simples. Le malade a été pansé depuis ce moment avec la gaze iodoformée. Quelquefois injections de nitrate d'argent. On apporte le plus grand soin à maintenir ouverte la partie superficielle de la plaie. Tout se passait régulièrement du côté du périnée. Mais vers le 15 février le malade se plaignit d'un peu

de douleur et de tuméfaction au niveau de l'orifice intérieur du canal inguinal du côté malade. Cette tuméfaction se maintint et s'accrut de telle sorte qu'il n'y eut aucun doute sur l'envahissement du cordon.

Le 21 février extirpation de celui-ci par une longue incision parallèle à l'arcade. On l'enlève jusqu'au niveau de l'orifice interne. On trouve qu'il est envahi en totalité par des masses fongueuses et qu'il renferme même un abcès assez volumineux. On ne retrouve le déférent qu'à la partie supérieure du canal. Toute la tuberculose est diffuse dans le tissu conjonctif du cordon. On maintient l'ouverture ouverte et drainée.

Suites opératoires très simples.

Le 17 mars, le malade est autorisé à quitter le service. Il conserve encore une fistule périnéale et une ou deux dans la plaie d'extirpation du cordon. Le 18 avril le périnée est complètement cicatrisé. Seule une petite fistulette funiculaire qui disparaît une semaine plus tard.

L'état général est très bon.

	CHIRURGIENS	LÉSIONS	INTERVENTIONS	RÉSULTATS
1	F. Guyon.	Abcès de la prostate. Cystite épididymite.	Incision verticale et médiane. Curettage.	Amélioration notable. La fistule périnéale persiste. Plus d hématuries.
2	Bouilly.	Abcès de la prostate avec fistule. Loge prostatique réduite à un cloaque caséo-purulent. Castration uni-latérale précédemment.	Incision médiane du périnée. Grattage et ablation de la prostate à la cuiller tranchante.	Presque mourant lors de l'opération, a repris ses forces et son travail.
3	Dittel I.	Abcès de la prostate. Cystite.	Incision périnéale prérectale courbe.	Guérison en trois semaines.
4	II.	Prostatite tuberculeuse après gonococcie uréthrale.	Incision périnéale prérectale courbe.	Guérison en quatre semaines.
5	III.	Prostatite tuberculeuse et abcès périnéal.	Incision au niveau du raphè longitudinal et agrandissement de l'incision à gauche.	Guérison.
6	Le Dentu.	Abcès du lobe gauche de la prostate. Précédemment incisé. Une fistule existait.	Curettage par la fistule périnéale agrandie.	Guérison, maintenue un an après.
7	Albarran	Cystite. Fistule périnéale vésiculite ; épididymite double, léger rétrécissement	Uréthrotomie interne. Incision verticale et médiane. Curettage.	Guérison sans fistule, maintenue quatre ans après.
8	Zuckerkandel.	Orchi-épididymite. Castration, abcès central de la prostate.	Incision périnéale. Curettage.	Résultat général bon, fistule uréthro-périnéale persistante.

	CHIRURGIENS	LÉSIONS	INTERVENTIONS	RÉSULTATS
9	Marwedel.	Pthisie ; épididymite double. Cystite, nécrose de la prostate.	Incision courbe prérectale. Prostatectomie	Amélioration quant aux douleurs et la fréquence des mictions. Cessation des hématuries Mort quatre mois après
10	IV.	Epididymite fistuleuse et fistule urétro-périnéale. Cystite	Incision des trajets fistuleux. Raclage. Lavages à la glycérine puis à l'éther iodoformé.	Amélioration de la cystite et de l'état général Persistance de la fistule
11	Gaudier	Cystite. Prostate élastique, petit abcès central. Rien aux testicules ou aux cordons.	Incision transversale recourbée prérectale Curettage.	Guérison sans fistule en 15 jours, maintenue plusieurs mois après. Cystite améliorée par traitement sublimé.
12	Conitzer.	Cystite et prostalite tuberculeuses. Rien aux organes génito-urinaires.	Prostatectomie partielle et curettage par voie périnéo-urèthrale.	Amélioration passagère, diminution des douleurs Permanence d'une fistule. Mort 2 ans après tuberculose généralisée.
13	Claude.	Cystite. Abcès de la prostate. Ulcération de la paroi antérieure du rectum.	Large incision sur le côté de de l'anus. Curettage.	Mort de péritonite 4 jours après
14	Audry I.	Abcès prostatique et périprostatique. Epididymite double faisant suite à épididymite blennorhagique.	Incision périnéale. Evidement des poches. Cauterisation. Déférentectomie.	Guérison Relèvement de l'état général, maintenu trois mois après.
15	Doyen.	Tuberculose du testicule gauche, du canal déférent de la prostate, des voies séminales Ablation du testicule Fistule inguinale, urètro rectale.	Fermeture de la fistule inguinale. Incision périnéale longitudinale. Ablation de la prostate et des vésicules séminales. Fermeture de la fistule rectale.	Guérison.
16	Audry II.	Tuberculose du testicule, de l'épidime, du canal déférent. Abcès central de la prostate.	Castration. Déférentectomie. Incision prérectale courbe. Curettage.	Grande amélioration.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Quelle est donc la conduite à tenir en présence d'une altération tuberculeuse de la glande périurétrale ? Quel mode d'intervention faut-il adopter vis-à-vis d'un sujet qui voit se développer des lésions spécifiques du côté de sa prostate ?

Evidemment, dans beaucoup de cas, ce ne sera qu'une des manifestations multiples de la diathèse chez un même individu. Mais dans d'autres cas également l'affection sera la lésion primitive et le point de départ d'une généralisation plus ou moins tardive.

Il ne faut pas attendre grand chose d'un traitement purement général qui, à la rigueur, peut donner quelques résultats, mais seulement, croyons-nous, dans les cas peu avancés et à marche très lente. On court le risque de voir se produire une fistule et s'établir une abondante suppuration qui ne peut qu'aboutir à un épuisement complet du malade.

Il nous semble que l'indication est formelle. Devant des lésions de cette nature et de cette importance la conduite à tenir est la même que pour ces foyers de même ordre susceptibles de se rencontrer dans d'autres points de l'économie, soit du côté de l'appareil osseux, soit du côté de l'appareil ganglionnaire.

Le traitement chirurgical seul peut nous permettre de nous attaquer à la source même du mal, à ces masses caséeuses ou purulentes dont l'élimination se fait mal, dont la présence est une source d'empoisonnement général, mais surtout à cette membrane pyogénique qui tapisse la cavité abcédée. Quelque soit son siège, en effet, un abcès tuberculeux ne peut aboutir à une cicatrisation complète, par suite, à la guérison, qu'autant qu'on aura agi directement sur la paroi de cet abcès, qu'on l'aura détruite. C'est donc à cette membrane pyogénique, limitante, contenant dans son épaisseur les follicules tuberculeux, au dépens de laquelle se constitue lentement la masse purulente qui doit aboutir à l'abcès froid, que le chirurgien doit s'attaquer.

Au mode d'intervention qu'il emploie habituellement dans le traitement des simples abcès chauds il ajoutera un nouvel acte opératoire répondant au but qu'il se propose. Tantôt il pratiquera le grattage ou plutôt le curettage, tantôt il enlèvera tout l'organe atteint et traitera alors par prostatectomie.

Ainsi donc les notions acquises à l'heure actuelle sur la tuberculose génitale sont loin d'être de nature

à contre-indiquer l'action chirurgicale. Cette dernière, en effet, ne peut se proposer qu'un but : sinon la guérison radicale, tout au moins la guérison durable de l'affection à laquelle elle s'adresse. Elle ne peut guère, en effet, dans tous les cas qui se présenteront, avoir la prétention de faire disparaître toutes les parties atteintes. Elle se contentera alors d'éliminer de l'organisme une cause importante de dénutrition, de le soustraire à l'influence d'un foyer de suppuration et d'infection, en somme de le mettre en état de plus grande résistance. Ne serait-elle que palliative, s'il est en son pouvoir de procurer du repos au malade en diminuant les douleurs, de relever ses forces, de prolonger son existence et, par suite, de lui rendre quelque espoir, l'intervention chirurgicale nous semble devoir être appliquée.

Nous est-il permis cependant d'être aussi affirmatif et de faire de cette intervention une règle absolue ? En un mot faut il opérer dans tous les cas ?

Assurément non, des indications spéciales doivent guider le chirurgien dans la conduite à tenir, c'est surtout de la forme de tuberculose à laquelle il a affaire qu'il doit tenir compte. De celle-ci, en effet, dépendra le traitement. Il s'agit bien rarement d'une forme aiguë (Reliquet dans ses œuvres n'en signale qu'un cas), mais presque toujours d'une forme chronique. Encore celle-ci peut-elle être primitive ou secondaire. Primitive elle ne l'est presque jamais. Secondaire, la conduite à tenir n'est soumise à aucune règle fixe. Le point de départ peut

varier, en effet, et la lésion à considérer n'être qu'une conséquence d'une lésion des autres organes génitaux, quelquefois également des organes urinaires. Nombreux, par suite, sont les cas qui peuvent se présenter. Les observations que nous rapportons le prouvent aisément.

En nous reportant à notre tableau synoptique, et en parcourant la colonne des lésions, on se rend facilement compte que les différents cas qu'ont eu à envisager les opérateurs peuvent en somme être ramenés à deux catégories, la base de cette classification étant en quelque sorte clinique et ne relevant seulement que de l'indication opératoire.

Première catégorie.

Dans la première nous placerons les cas où l'intervention pratiquée était une opération d'urgence, de nécessité, une sorte d'opération à chaud. Nous y distinguerons :

1° Les cas où il y a abcès et où l'ouverture de cet abcès est imminente, soit du côté du périnée, soit du côté du rectum, voir même du côté de l'urètre ;

2° Ceux où l'abcès s'est fait jour à l'extérieur en amenant la production d'un trajet fistuleux.

Abcès non ouvert. — C'est le cas de Guyon où la collection purulente tend à se faire jour aussi bien du côté du périnée où l'on constate la présence d'une énorme foyer à fluctuation très nette et

superficielle que du côté du rectum dont la paroi antérieure est fortement repoussée en avant.

Ceux de Dittel qui nécessitent également pour l'abcès la création d'une voie d'écoulement du côté du périnée.

De Claude où l'énorme abcès occupait tout l'espace pelvi-rectale inférieur et avait déjà des tendances à faire issue du côté du rectum.

D'Audry (obs. I) où l'abcès avec ses apparences de superficialité était au contraire excessivement profond.

Abcès ouvert. Fistule. — Le cas de Bouilly peut à ce point de vue être pris comme type classique ; les dégâts sont importants ; c'est une prostatite tuberculeuse suppurée avec ouverture dans l'urètre et périprostatite ouverte au périnée.

Celui d'Albaran. Une incision faite au périnée et antérieure à l'opération avait amené la production d'un trajet fistuleux au moment de la cicatrisation de la plaie périnéale.

Celui de Marwedel (obs. IV) où à gauche de la ligne médiane on trouve un trajet fibreux contenant une fistule qui laisse échapper un peu d'urine à la pression.

Celui de Le Dentu : le périnée a été incisé près d'un an auparavant depuis ce moment on note la persistance d'une fistule.

Deuxième catégorie.

Dans la seconde catégorie nous placerons les cas où il faut arriver jusque sur la glande pour rechercher les nodules tuberculeux ou les abcès qui y sont inclus, sans qu'il y ait eu ouverture préalable ou trajet fistuleux servant de point de repère.

Ils sont relativement aussi nombreux. Notre tableau n'en comporte que six.

Celui de Gaudier où l'abcès est tout à fait central et de peu de volume.

Celui de Zuckerkandel où il faut aller énucléer une première fois un foyer tuberculeux.

Celui de Marwedel (obs. I) où l'extirpation de la prostate est faite en totalité.

Celui de Conitzer où la prostatectomie ne fut que partielle.

Celui de Doyen où la prostate était creusée d'une caverne anfractueuse et remplie de fongosités.

Enfin celui d'Audry (obs. II), où l'abcès également central ne contenait que quelques gouttes de pus.

Telles sont les indications opératoires au point de vue des lésions en face desquelles se sont trouvés les opérateurs et telles que nous pouvons les relever dans les observations ci-dessus.

Age. — Au point de vue de l'âge des malades rien à noter de particulier. Il varie de vingt à cin-

quante ans. Il n'y a donc aucune conclusion à tirer de ce côté.

Etat général. — Au point de vue de la constitution individuelle, presque tout les sujets sont plus ou moins atteints. Quelques-uns ont de mauvais antécédents, d'autres présentent même des signes assez nets de phtisie au début. En somme, de médiocre qu'il est habituellement, cet état général finit toujours par donner quelques inquiétudes et dans les derniers temps qui précèdent l'opération il est, ainsi qu'on peut se rendre compte, sinon très mauvais, du moins peu satisfaisant.

Quand à l'état respectif des systèmes génitaux et urinaires, presque toutes nos observations dénotent la participation, soit de la vessie, soit des épididymes, soit des testicules, soit des vésicules séminales au processus de tuberculisation. On peut voir, en effet, dans notre colonne des lésions, combien souvent reviennent les mots de cystite et d'épididymite.

Aussi voit-on certains opérateurs concevoir dans certains cas des exerèses plus larges que dans d'autres et attaquer des organes qu'ils savaient malades au même titre que la prostate.

TECHNIQUE OPERATOIRE

De toutes les observations que nous avons sous les yeux il nous est facile de tirer, au point de vue de la technique opératoire, une conclusion immédiate : C'est que la voie dite périnéale a été admise et suivie sans conteste par tous les chirurgiens. Point n'est besoin d'en donner ici les raisons d'une façon détaillée.

L'ancienne méthodedite urétrale est abandonnée depuis longtemps. Le procédé était en effet par trop primitif et n'avait guere d'autre indication que dans quelques cas de prostatite aigue et presque jamais dans la tuberculose prostatique.

Quant à la méthode rectale, malgré quelques succès qui ont pu être enregistrés, elle était passible également de trop graves reproches. L'obligation ou l'on se trouvait d'agir bien souvent à l'aventure, les hémorragies terribles qui pouvaient en résulter, les dangers d'infection secondaire n'ont pas peu contribué à empêcher cette méthode de se vulgariser.

Acceptable à la rigueur pour les cicatrisations à marche rapide, l'incision rectale à peu de chances de réussir en face d'un abcès froid qui exige un drainage large et continu.

Dittel et surtout Segond en avaient fait le procès en lui mettant en parallèle les avantages que l'on pouvait retirer d'une méthode plus sûre à tous les points de vue où l'on opérait à ciel ouvert, celle de l'incision périnéale. Depuis eux, de nombreux et bons travaux semblent avoir définitivement établi les avantages de cette voie d'accès vers les organes génitaux périnéaux profonds.

Nous suivrons dans cette étude de la technique opératoire la marche indiquée ci-dessous, en nous reportant toujours à notre tableau synoptique, deuxième classe, et en adoptant la même classification que pour les indications.

1° Incision ;
2° Excision ;
3° Pansement.

Incision.

En consultant les différentes observations que nous avons pu recueillir, nous pouvons voir que les chirurgiens se sont adressés à deux modes d'incision.

1° Les incisions longitudinales ;
2° Les incisions prérectales courbes ou semi-cir-

culaires. Les unes et les autres ont été employées et cela dans des cas différents. Il est simple de s'en rendre compte par le relevé suivant en adoptant comme signes conventionnels : — pour l'incision longitudinale et ⌣ pour l'incision courbe.

Opération de nécessité.

1° Abcès non ouvert.
- Guyon —
- Dittel (obs. III) —
- Claude — (le long de l'anus.
- Audry (obs. I) —
- Dittel, obs. I et II ⌣

2° Abcès ouvert et fistule.
- Albaran —
- Bouilly. } Ont suivi les trajets fistuleux.
- Marwedel, obs. IV. } Ont suivi les trajets fistuleux.
- Le Dentu. } Ont suivi les trajets fistuleux.

Opération de choix.

Abcès central.
- Doyen —
- Gaudier ⌣
- Marwedel, obs. I ⌣
- Audry, obs. II ⌣
- Comtzer —
- Zuckerkandel — (latéralement).

En somme, dans la première catégorie, pour les abcès non ouverts, c'est surtout l'incision longitudinale qui a été adoptée. Il n'y a rien d'étonnant à cela. C'est une opération de nécessité. L'abcès est là qui bombe sous le périnée et exige une prompte intervention. On l'ouvre tout naturellement au point où se trouve le maximum de fluctuation. C'est ce que firent Guyon, Dittel, Audry. Claude, forcé par les circonstances, fait une large incision sur le côté

de l'anus. Dans les deux autres cas, Dittel (obs. I et II), emploie l'incision transversale prérectale qu'il avait l'habitude de préconiser.

Dans les abcès ouverts, Albaran emploie l'incision médiane longitudinale. Mais si l'on se reporte à son observation, on verra qu'il y avait fistule et que cette fistule était placée au périnée, sur la ligne médiane à cinq centimètres de l'orifice anal.

Quant à Bouilly, Marwedel (obs. IV), Le Dentu, ils s'adressèrent tout simplement, pour arriver sur la prostate, au trajet fistuleux qui existait déjà.

Dans le cas d'abcès central, Doyen et Conitzer emploient l'incision longitudinale. Marwedel, Audry, Gaudier, l'incision semi-circulaire qui a évidemment l'avantage de faciliter singulièrement l'accès de la prostate et des vésicules séminales, et cela sans risquer de blesser des organes importants surtout en incisant, comme l'ont fait Gaudier et Marwedel, a un centimètre de l'anus, par suite en rasant la paroi rectale. Zuckerkandel emploi également l'incision longitudinale, mais parallèle au raphé médian.

Excision.

Quant à l'excision des parties malades, presque tous les opérateurs ont employé la même méthode. L'incision périnéale une fois faite, la fistule curettée si elle existe, on poursuit l'incision dans les plans profonds jusqu'à ce que l'on tombe sur la cavité purulente. Celle-ci est ouverte et vidée et ses parois

indurées, grattées avec la cuiller tranchante jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu sain et résistant. On retire ensuite par l'ouverture périnéale toutes les matières caséeuses et purulentes ramenées par la curette.

Guyon, Dittel, Claude, Bouilly, etc., opérèrent de cette façon.

Marwedel (obs. I), après avoir mobilisé la prostate, l'extrait « comme un polype avec une pince. »

Conitzer pratique l'ablation du lobe droit après grattage du lobe gauche.

Doyen, resèque la prostate tout entière et les deux vésicules séminales.

Entre toutes nos observations, nous ne relevons donc que deux prostatectomies totales (Marwedel, Doyen) et une prostatectomie partielle (Conitzer).

Pansement.

Le pansement est le même pour tous : drainage et tamponnement de toute la cavité avec la gaze iodoformée. Il est de toute nécessité d'empêcher la réunion des lèvres de l'incision avant que les bourgeons de bonne nature ne soient venus combler la voie d'accès créée ou par l'intervention opératoire ou par la fistule préexistante.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Les résultats opératoires sont résumés dans la quatrième colonne de notre tableau synoptique. Nous les envisagerons au point de vue immédiat et éloigné.

Résultats immédiats. — Tous indiquent une amélioration soit au point de vue général, soit au point de vue local, cessation des douleurs, cessation des hématuries, de la cystite. Seul, le cas de Claude est défavorable. Le sujet, en effet, mourut de péritonite quatre jours après. Il est bon de noter cependant qu'il y avait ulcération du rectum, d'où possibilité d'infection secondaire.

Résultats éloignés. — Peu de malades ont été suivis longtemps après leur opération et leur sortie de l'hôpital.

Dans les cas de Guyon, de Zuckerkandel de Marwedel (obs. IV), de Gonitzer, nous notons la persis-

tance d'une fistule post-opératoire. Avec la même opération de Marwedel, nous enregistrons également un cas de mort quatre mois après, mais il y a lieu de remarquer que le malade avait accusé bien avant l'opération des signes manifestes de phtisie.

Pour Conitzer également la terminaison est fatale, mais seulement deux ans après et encore après tuberculose généralisée.

A côté de ces cas défavorables, nous pouvons mettre en parallèlle ceux de Bouilly où le sujet, mourant lors de l'opération, reprend ses forces et son travail.

Ceux de Dittel où la guérison est radicale en trois ou quatre semaines.

De Le Dentu où elle se maintient encore un an après.

D'Albaran où quatre ans après le malade ne se ressent en aucune façon de son affection antérieure.

De Gaudier où elle se maintient également plusieurs mois après.

De Doyen où l'opération fut suivie d'un excellent résultat. Le malade retrouve sa vigueur d'autrefois.

D'Audry (ob. I) où le relèvement de l'état général est maintenu trois mois après.

D'Audry (obs. II) où le malade est autorisé à quitter le service avec un état général excellent.

CONCLUSIONS

1° Si l'on s'en tient aux observations qui ont été publiées, le traitement chirurgical de la tuberculose de la prostate a donné de bons résultats.

2° Il faut distinguer des indications de deux ordres :

a) Opération de nécessité commandée par l'apparition d'un abcès ou l'existence d'une fistule;

b) Recherche d'un foyer volumineux.

3° Tous les cas que nous connaissons sont relatifs à des opérations transpérinéales.

4° S'il s'agit d'interventions dites de nécessité abcès, fistule), la méthode opératoire dépend des circonstances. En tous les cas, l'opération est considérablement simplifiée.

5° S'il s'agit de la recherche de gros foyers profonds on peut suivre l'une quelconque des voies d'accès de la prostate.

6° Une fois la prostate atteinte et le foyer ouvert, on se contente habituellement de curetter et de drainer largement. On a fait des prostatectomies partielles ou totales, mais il est rare qu'une telle intervention soit nécessaire.

7° Le traitement post-opératoire est très important, car il exige des traitements très minutieux. En particulier, il faut combattre vivement la tendance de la plaie superficielle à se fermer trop tôt.

8° D'une manière générale, on est autorisé à croire que les interventions sur la prostate tuberculeuse sont recommandables toutes les fois qu'il existe une collection notable dans cet organe.

Vu et approuvé :
Le président de la thèse,
AUBRY.

Vu : *Le Doyen*,
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 24 mai 1902
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
PERROUD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Segond. — Thèse de Paris, 1877.

Guyon. — In Guilain. Thèse de Paris, 1885.

Bouilly. — Société de chirurgie. Paris, 1885.

Dittel. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1889.

Le Dentu. — Congrès français de chirurgie, 1899.

Roux. — Congrès français de chirurgie. 1891.

Zuckerkandl. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1891.

Marwedel. — Beitrage zur klinischen Chirurgie, 1892.

Zinke. — Thèse de Paris, 1894.

Gaudier. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895.

Claude. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895.

Feuchère. — Thèse de Paris, 1895.

Conitzer. — Nitze. Oberlander's centrabl., 1897.

Doyen. — Association française de chirurgie, 1899.

Sarda. — Archives provinciales de chirurgie, 1900.

Longuet. — Revue de chirurgie, 1900.

Hogge. — Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, 1900.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, t. IX (par Albarran).

Congrès d'urologie de 1900.

Lamole. — Thèse de Toulouse, 1900.

Ch. Audry. — Archives provinciales de chirurgie, 1902.

Toulouse. — Imprimerie Lagarde et Sebille, rue Romiguières, 2.